



Oficina de Lancaster:  
810 Plaza Boulevard  
Lancaster, PA 17601  
Oficina 717-394-5088  
Fax 717-394-5590

Oficina de Ephrata:  
561 W. Trout Run Road  
Ephrata, PA 17522  
Oficina 717-733-4891  
www.TheENTCenterpa.com

### Consentimiento para tratar a un menor

NOTA: En ausencia de un padre o tutor legal, este formulario debe ser completado para que su hijo reciba tratamiento. Este formulario cumple con los requisitos exigidos por la ley 11P.S. § 2513 de Pensilvania.

Marque uno:

Soy \_\_\_\_\_ padre/madre del(de los) niño(s) mencionado(s) abajo y  
(nombre en letra imprenta del padre o tutor)

no hay órdenes judiciales en vigor actualmente que me prohíban conferir la facultad de consentimiento sobre otra persona.

Por orden judicial, soy \_\_\_\_\_ el tutor legal o custodio legal del(de los) niño(s)  
(nombre en letra imprenta del padre o tutor)

(copia adjunta) y no hay otras órdenes judiciales en vigor actualmente que me prohíban conferir la facultad de consentimiento sobre otra persona.

Por el presente, concedo a los individuos listados a continuación, que son adultos mayores de edad, el poder necesario

Nombre	Dirección	Relación	Número de teléfono

para el tratamiento médico o quirúrgico del(de los) siguiente(s) niño(s). Y, en nombre del(de los) niño(s), declaro que con mis facultades mentales yo otorgo el consentimiento, y esta decisión no se verá afectada por mi incapacidad o discapacidad subsecuentemente.

Nombre	Dirección	Fecha de nacimiento

La facultad que confiero está específicamente limitada a la toma de decisiones de atención médica, y solo puede ser ejercida por la persona mencionada anteriormente. La persona o personas mencionadas anteriormente pueden consentir a los exámenes y tratamientos médicos y quirúrgicos del(de los) niño(s) y pueden tener acceso a todos y cada uno de los registros, incluidos, entre otros, los registros de seguros relacionados con tales servicios, con ninguna presión, amenazas, o pagos de parte de alguna persona o agencia y estando en todas mis facultades mentales concedo libremente que se pueda proveer tratamiento al(a los) niño(s).

Este documento permanecerá en vigor hasta que sea revocado mediante notificación por escrito a los proveedores médicos de mi(s) hijo(s) y a la persona nombrada anteriormente.

En fe de lo cual, \_\_\_\_\_ he firmado esta autorización de consentimiento médico, la cual consiste en  
(nombre en letra imprenta del padre o tutor)  
una (1) página, el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, en \_\_\_\_\_, Pensilvania.  
(día) (mes) (año) (ciudad)

Padre/tutor legal: \_\_\_\_\_  
(firma) (en letra imprenta)

Primer testigo: \_\_\_\_\_  
(firma) (en letra imprenta)

Segundo testigo: \_\_\_\_\_  
(firma) (en letra imprenta)

NOTA: Los testigos NO pueden ser la(s) persona(s) a la(s) cual(es) usted está otorgando la facultad de consentimiento.

Firma de los adultos listados anteriormente, a quienes se les está otorgando la facultad de consentimiento:

\_\_\_\_\_  
(firma de la primera persona)

\_\_\_\_\_  
(firma de la segunda persona)